**Circuito de extracción y análisis C5b-C9**

**Paso 1:** Citar al paciente para extracción sanguínea en el Hospital de Referencia.

**Paso 2:** Tras recibir información detallada del estudio por parte de un médico del Servicio de Nefrología y Trasplante Renal (SNiTR) el paciente deberá firmar el consentimiento informado y recibir una copia del mismo (Anexo 1). Después, se procederá a la extracción de 14 mL de sangre coagulada sin aditivos:

* Para muestra de SUERO: 1 tubo de 8,5 mL con tapón rojo #366468 (Vacutainer-BD)
* Para muestra de PLASMA CITRATADO: 2 tubos de 2,7mL con tapón azul #363079 (Vacutainer-BD)

**Paso 3:** Centrifugar la sangre 15 minutos a 2300-2500 rpm y después congelar el suero y el plasma obtenidos a -40ºC.

(Si no existe posibilidad de centrifugar las muestras para obtener el suero y el plasma, mantener las muestras de sangre a temperatura ambiente).

**Paso 4:** Enviar las muestras de plasma y suero (en nieve carbónica) o las de sangre entera (a temperatura ambiente) al laboratorio de Hemostasia Primaria del Hospital Clínic.

Cada uno de los tubos deberá estar marcado con un código identificativo del paciente que se enviará en un correo encriptado a miblasco@clinic.cat o en su defecto con una etiqueta identificativa del paciente. Además deberá adjuntarse en el envío una hoja de solicitud firmada por el médico solicitante con los datos de filiación del paciente (Anexo 2).

**Dirección de envío:**

A/A Dra. Marta Palomo y Dra. Maribel Díaz-Ricart

Laboratorio de Hemostasia Primaria

Planta 3 Escalera 3

Servicio de Hemoterapia-Hemostasia

Hospital Clínic de Barcelona C/ Villarroel 170

08036 Barcelona

Deberán entregarse las muestras a la Dra. Maribel Diaz-Ricart, Dra. Marta Palomo o cualquier miembro del equipo.

**Datos de contacto:**

SNiTR: Dr. Miquel Blasco Pelicano (Telf: 932275400. Ext: 2056; Móbil: 661 274 153)

Laboratorio de Hemostasia Primaria: Dra. Marta Palomo (Telf: 932275400. Ext: 2034)

**Anexo 2 – Hoja de solicitud C5b-C9**

Ruego determinación de C5b-C9 en pacientes con SHUa/MAT:

|  |
| --- |
| Etiqueta |

Médico solicitante:

Instituto:

Firma:

Fecha: